

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 5

ÉTUDE CRITIQUE
DES
PROCÉDÉS OPÉRATOIRES
DE
SUSPENSION DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 17 Novembre 1932

PAR

Paul-Yves-Louis SÉITÉ

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à BREST (Finistère), le 19 janvier 1908.

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	Président.
DUVERGEY, professeur	Juges.
PAPIN, agrégé	
LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 5

ÉTUDE CRITIQUE
DES
PROCÉDÉS OPÉRATOIRES
DE
SUSPENSION DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 17 Novembre 1932

PAR

Paul-Yves-Louis SÉITÉ

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à BREST (Finistère), le 19 janvier 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....	Clinique dentaire.....		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A qui je dois ce que je suis, ce modeste travail, en bien faible témoignage d'affection et de gratitude filiale.

A MA FEMME

En hommage de ma profonde affection.

A MA BELLE-MERE

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. CHARPENTIER

*Médecin principal de la Marine,
Ex-Professeur de l'Ecole du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Médaille militaire,
Croix de guerre,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MON JURY DE THESE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous fit un bien grand honneur en
présidant notre thèse.

ÉTUDE CRITIQUE
DES
PROCÉDÉS OPÉRATOIRES
DE
SUSPENSION DE L'UTÉRUS

BUT

Le nombre de thèses inaugurales, d'articles écrits sur la question, la quantité et la variété des procédés mis en œuvre pour arriver au but montrent à eux seuls l'importance du traitement des rétrodéviations.

Ce travail ayant pour objet, non pas de décrire une technique spéciale, mais tout simplement d'essayer de faire une comparaison entre les divers procédés, nous ne chercherons pas à faire ici une étude détaillée de chacun de ces procédés, mais nous nous attacherons plutôt à tenter de faire ressortir quels sont ceux qui paraissent les plus qualifiés pour soulager les malades, et pour leur permettre de continuer leur vie génitale et par conséquent de leur rendre plus aisée l'œuvre de gestation qui avait été, sinon compromise, du moins fortement gênée par ces lésions.

Pour arriver au but fixé, nous étudierons d'abord la patho-

génie et la symptomatologie de ces affections, puis, après un court exposé historique, nous passerons brièvement en revue les divers procédés et, enfin, nous ferons une comparaison critique entre ceux-ci et les résultats obtenus, résultats anatomiques, et aussi vis-à-vis du rôle physiologique de l'utérus : la parturition.

PATHOGENIE

Dans leurs statistiques, les auteurs indiquent : Sanger, 15,4 p. 100; Winckel, 19,10 p. 100; Lohlein, 17 à 18 p. 100 comme proportion des rétrodéviations par rapport aux maladies des femmes, chiffres, comme on le voit, très élevés.

Mais comment donc se produisent ces rétrodéviations ? les rétrodéviations pathologiques étant seules considérées évidemment, car les rétrodéviations physiologiques ne sont en comparaison que très peu intéressantes.

L'utérus humain au cours de la vie intra-utérine est placé dans le grand bassin, puis il descend au-dessous du détroit supérieur, et à la puberté il se trouve dans sa position normale en légère antéflexion, affleurant la symphyse pubienne. Il est mobile, suspendu dans le bassin par son appareil ligamentaire et soutenu par le périnée, subissant l'influence passagère des organes voisins (vessie, rectum, intestin grêle). Il lui arrive parfois, à la suite d'un coup, d'une chute, d'un effort, de se placer en rétrodévation, mais c'est là une affection aiguë que l'on peut le plus souvent réduire facilement.

Autrement importantes sont les rétrodéviations chroniques. D'après Condamin (Lyon), les rétrodéviations seraient facilitées par le décubitus dorsal, la position assise, mais vraiment il ne semble pas que ce soient là les phénomènes primordiaux amenant ces affections.

Il semble qu'il faille attribuer, au contraire, une importance plus considérable aux troubles apportés par la grossesse, l'avortement, l'accouchement, les suites de couches, sans que l'on puisse incriminer seulement ces états, puisque

ces affections se produisent aussi chez des nullipares et même des vierges.

Ces états peuvent agir soit à cause du poids de l'utérus gravide qui tombe vers le Douglas à la suite d'un relâchement ligamentaire, soit à la suite d'une infection *post abortum*, ou d'une mauvaise involution utérine *post partum*, avec un utérus lourd, gros, congestionné, métritique. Souvent le corps tombe en arrière et peut y contracter des adhérences dont la formation est facilitée par la périmétrosalpingite fréquente, adhérences qui plus tard peuvent rendre cette rétrodéviatiou irréductible. Les ligaments sont allongés, distendus, le périnée lui-même est souvent lésé par le passage de la tête fœtale, ce qui contribue à produire tout ce processus et peut souvent aider à l'apparition d'un prolapsus génital, dont les rétrodéviations sont presque toujours un premier temps.

Il est tout probable qu'il faille faire jouer un certain rôle à la diathèse atonique qui ne peut que favoriser toute cette pathogénie.

SYMPTOMATOLOGIE DES RETRODEVIATIONS

Les rétrodéviations ont, suivant leur degré, une symptomatologie plus ou moins variée; de laquelle on peut tracer un tableau qui donne un aperçu assez fidèle des troubles dus à ces rétrodéviations. A cette symptomatologie pourra plus tard venir s'ajouter celle propre aux prolapsus qui viennent souvent compliquer les rétrodéviations.

I. — Symptômes fonctionnels.

- 1° Syndrome utérin;
- 2° Phénomènes nerveux réflexes;
- 3° Stérilité.

1° SYNDROME UTÉRIN. — Pesanteur à l'anus ou à la vulve. Douleurs lombaires s'irradiant par élancements à tout le bassin et aux cuisses. Défécation douloureuse. Constipation. Rapports douloureux. Leucorrhée.

2° PHÉNOMÈNES NERVEUX RÉFLEXES. — Dyspepsie, vomissements, toux quinteuse (toux utérine), phénomènes hystériques, état d'abattement, de tristesse.

Les phénomènes nerveux, qui sont intermittents, augmentent avec la menstruation et disparaissent presque toujours avec la réduction.

3° STÉRILITÉ. — Celle-ci est souvent la règle, ou quand la femme est enceinte, beaucoup d'avortements; cependant on a vu des grossesses aller à terme.

Tous ces symptômes ne vont qu'avec des utérus non gravides. Mais qu'une grossesse survienne dans cet utérus,

quand elle peut avoir lieu, et ces symptômes, loin de s'amender, comme le prétendent certains auteurs, ne feront que s'aggraver et rendre la marche de la grossesse pénible pour la femme et même périlleuse, car souvent ces grossesses ne vont pas à terme, se terminant, soit par des avortements qui se répéteront presque à chaque grossesse, soit par des accouchements ou prématurés ou dystociques, avec souvent des rétentions placentaires, tous accidents qui risquent de mettre en péril la vie de l'enfant, sinon de la mère.

II. — Symptômes objectifs.

TOUCHER COMBINÉ AU PALPER. — Le col se termine dans l'axe du vagin ou plus souvent en avant; le cul-de-sac antérieur est vide. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur dure, globuleuse, lisse, régulière, qui est le corps qui se continue avec le col (rétroversion), ou fait avec lui un angle plus ou moins accusé (rétroflexion). Il faut apprécier la mobilité, ce qui est très important pour le traitement.

En résumé : la rétrodéviatiou étant une affection incurable par elle-même, donnant des douleurs vives déterminant des troubles nerveux graves et rendant tout à fait difficile la vie de la malade, doit être traitée le plus tôt possible et de la façon la plus efficace, et encore est-il bon, semble-t-il, de ne pas attendre, et, dès que la lésion est constituée, il est bon de suivre le conseil de Trélat :

« Chaque fois que vous rencontrerez une femme bien portante avec une rétrodéviatiou, vous vous déciderez à intervenir immédiatement pour prévenir les complications inévitables. »

Complications qui seront :

- Métrites par rétention dans l'utérus de produits de sécrétion qui s'infecteront;
- Inflammations propagées aux annexes;
- Adhérences périmétritiques;
- Prolapsus douloureux des annexes.

HISTORIQUE

Il y a déjà fort longtemps que les femmes se plaignent d'avoir des rétrodéviations et des prolapsus dont celles-là sont souvent un premier temps. Dès 1539 Joannet Herauldie et Rousset en 1581 en parlent; déjà Mathieu de Gradi pose des pessaires en cire pour prolapsus, ouvrant ainsi la voie à une thérapeutique qui sera longtemps de mise, faute de mieux. A cela s'adjoignent des procédés tels que la position génu-pectorale, ou la manœuvre bimanuelle de Schultze, mais même au début du xix^e siècle, personne ne songe à une intervention sanglante et il faut arriver au 17 novembre 1840 pour entendre, à l'Académie de médecine, Alquié, de Montpellier, parler, bien timidement d'ailleurs, d'une nouvelle méthode pour traiter les déplacements de l'utérus, méthode qui sera d'ailleurs condamnée par la commission d'examen.

Et ce n'est que le 27 mars 1869 que Kœberlé fit la première intervention pour rétroversion, et, encore, n'était-ce que pour accidents graves d'obstruction intestinale causée par cette rétroversion. Mais l'hystéropexie commence à prendre vie avec l'avènement de l'antisepsie et de l'asepsie, et, en 1873 Marion Sims, 1878 Schroeder, 1876 Kaltenbach interviennent sur l'utérus pour rétroversion, mais il n'y a pas encore de technique opératoire bien nette et chacun fait à son gré. Puis les opérations se multiplient et en 1886 paraît le *Traité* d'Olshaüsen; cependant, ce n'est que le 13 mars 1888 que Terrier, en France, fait pour la première fois, une hystéropexie, puis Picqué. Cependant cette opération rencontre de nombreux détracteurs. « Pas une femme ne voudrait s'exposer à des risques si sérieux, si elle savait quels dan-

gers elle peut courir. » (Professeur Pajot.) Mais, déjà, en 1886, Doléris, sans prendre parti pour telle ou telle opération, défend le principe de l'intervention. Car pendant ce laps de temps l'opération décrite en 1840 avait été remise en honneur par Alexander, de Liverpool, qui, le 14 décembre 1881, fait la première opération et la publie en 1883, suivi par Adam, de Glasgow, 1882, puis Duplay, de France, 1883. Déjà la lutte est vive entre les défenseurs et les détracteurs de chaque méthode, que certains auteurs se rendant compte des défauts de l'une et l'autre méthode recherchent d'autres procédés opératoires. Et c'est alors la pléiade des opérations sur les ligaments que l'on peut ranger en trois catégories :

- 1° sur les ligaments larges (Lawson Tait, Imback, Delagenière);
- 2° sur les utéro-sacrés (Frommel, Kelly, Gottschalk);
- 3° sur les ligaments ronds.

Là, le nombre des procédés est considérable et depuis les opérations par plicature : de Wyllie (1886), Ruggi (1888), Polk (1889), jusqu'aux opérations les plus récentes, tous ont été mis en œuvre de multiples fois.

Tous ces procédés ont été appliqués soit aux rétrodéviations simples, soit pour le traitement du prolapsus, car il ne faut pas oublier que la suspension de l'utérus est un temps complémentaire, mais le plus souvent nécessaire, de la cure radicale du prolapsus, quelle que soit l'opération employée contre celui-ci.

Nous allons maintenant étudier succinctement, mais sans entrer dans les détails de technique opératoire, chacun de ces divers procédés et ensuite nous en ferons l'étude critique.

PROCEDES DE TRAITEMENT

I. — TRAITEMENT NON SANGLANT :

Pessaires.

II. — TRAITEMENT SANGLANT :

A. — *Opérations sur l'utérus :*

1° hystéropexie abdominale :

corporelle;

isthmique;

2° hystéropexie vaginale.

B. — *Opérations sur les ligaments larges.*

C. — *Opérations sur les ligaments utéro-sacrés.*

D. — *Opérations sur les ligaments ronds.*

Il y a encore une foule d'opérations que nous ne mentionnons pas ici, parce qu'elles ont pour but non pas de suspendre l'utérus, mais d'obvier au relâchement dû à la diathèse atonique : Columnisation du vagin, opération de Le Fort..., opération de Marion...

I. — Traitement non sanglant.

Jusqu'au moment où la chirurgie s'empara de la question, seul ce traitement intervenait et en général il comprenait deux parties :

1° Réduction de la rétrodéviatio n :

Position génu-pectorale; réduction bimanuelle; manœuvre de Schultze.

2° Maintien de la réduction par un pessaire.

Ces moyens de réduction ne sont plus employés que dans des cas exceptionnels. Cependant certains chirurgiens emploient encore parfois des pessaires, aussi en dirons-nous quelques mots :

PESSAIRES.

Leur nombre est à peu près aussi considérable que celui des procédés sanglants, mais cependant il semble qu'on puisse les classer en :

1° Pessaires vagino-abdominaux;

2° Pessaires vaginaux :

rigides;

malléables;

élastiques;

dilatables.

3° Pessaires intra-utérins;

4° Pessaires mixtes.

La classification et le nombre des pessaires de chaque sorte montrent seuls la confiance que l'on peut accorder à ce procédé et nous verrons plus loin quelle est sa juste valeur.

II. — Traitement sanglant.

A. — HYSTÉROPEXIE.

Nous avons déjà parlé, dans l'historique, de cette opération sur laquelle nous ne nous étendrons d'ailleurs que très peu, car c'est une opération qui a été condamnée dans le plus grand nombre de cas et qui, à la rigueur, ne pourrait plus guère s'employer, ainsi qu'on le verra plus loin, que chez les

très vieilles femmes. Mais encore devons-nous donner un résumé succinct des techniques employées :

a) Hystéropexie abdominale :

corporelle;
isthmique.

b) Hystéropexie vaginale.

a) *Hystéropexie abdominale.*

1° *Hystéropexie extra-péritonéale.* — Sims Caneva s'employait au temps où la crainte de la laparotomie était grande chez les chirurgiens, mais à cet avantage bien minime, même à cette époque, s'opposait le fait qu'on ne voyait ni les annexes, ni les adhérences, et puis on pouvait traverser la vessie ou l'intestin. Aussi cette opération ne dura-t-elle pas.

2° *Hystéropexie intra-péritonéale :*

α. *Hystéropexie corporelle.* — Trois procédés :

1. Procédé de la fixation indirecte (Kœberlé, Klotz);
2. Procédé de la fixation latérale du corps (Olshaüsen, Sanger);
3. Procédé de la fixation directe médiane du corps (Léopold, Czerny, Terrier).

β. *Hystéropexie isthmique.* — Il semble que ce soit là, d'après certains auteurs, le meilleur procédé et Laroyenne et Delbret (1908) le recommandent.

b) *Hystéropexie vaginale.*

- 1° Hystéropexie vaginale vraie (corps);
- 2° Trachélopexie (col);
- 3° Vaginopexie (parois vaginales).

Ces procédés ne furent employés qu'un temps et les reproches généraux que l'on fait aux hystéropexies peuvent s'ap-

pliquer à eux, plus encore qu'à ceux d'hystéropexie abdominale.

B. — OPÉRATIONS SUR LES LIGAMENTS LARGES.

Lawson-Taït, Imlack, Delagenière, s'adressent, pour suspendre l'utérus, aux ligaments larges qu'ils raccourcissent ou ligaturent; mais ces procédés ne sont plus pratiqués, car il semble que c'est là une grossière erreur de leur part; il est, en effet, démontré depuis déjà fort longtemps que les ligaments larges servent non pas au soutien de l'utérus, mais au soutien des deux grandes voies vasculaires de celui-ci (Mme Boivin, Jarjavay, Farabœuf).

C. — OPÉRATIONS SUR LES UTÉRO-SACRÉS.

En 1929, Condamin et Molin accusent la rétraction des ligaments utéro-sacrés d'amener : des douleurs pelviennes et lombo-sacrées exagérées par la marche, la fatigue, le coït; des troubles réflexes à distance. De plus, il semble que l'on doive trouver dans certains faits de paramérite avec rétraction des utéro-sacrés l'explication de l'insuccès de certaines ligamentopexies ou hystéropexies.

Tout cela amène ces auteurs à proposer la section des utéro-sacrés. Mais déjà avant eux Frömmel l'avait pratiquée par voie abdominale, Gottschalk par voie vaginale, Hoehnegg par voie sacrée, et Wertheim avait combiné la section des ligaments utéro-sacrés au raccourcissement des ligaments ronds.

Il semble que ce soit là opération physiologique mais qui vraisemblablement n'atteint pas le but fixé. Peut-être serait-elle parfois indiquée, comme le fit Wertheim, comme temps complémentaire d'une ligamentopexie.

D. — OPÉRATIONS SUR LES LIGAMENTS RONDS.

Nous ne citerons que pour mémoire les opérations de Guenthe, qui les fixe à la paroi abdominale en procédant

par le vagin, et de Wertheim, qui les fixe à la paroi vaginale après colpotomie antérieure, et nous ne retiendrons que les deux voies d'accès principales :

- a) *Voie inguinale;*
- b) *Voie abdominale.*

Mais, auparavant, il semble bon de rappeler brièvement l'anatomie et la physiologie des ligaments ronds.

Les ligaments ronds partent de l'utérus, sous l'insertion des trompes, et, décrivant une courbe à concavité interne, viennent, en suivant le canal inguinal, aboutir à l'épine du pubis et dans la couche cellulo-adipeuse du mont de Vénus et des grandes lèvres. Mais leur composition n'est pas partout la même, car ils se divisent en deux segments dont l'un, celui qui s'insère à l'utérus, est un cordon plein, épais, résistant, tandis que l'autre est mince et se résout en de nombreux filaments qui viennent se terminer aux points d'insertions déjà cités. Quant à leur rôle de ligaments suspenseurs de l'utérus, il est nettement démontré par l'expérience de Spiegelberg (1884) qui examina une femme aussitôt après sa décapitation. Le fond de l'utérus touchait le sacrum.

Il fit passer un courant induit à travers l'utérus, qui se souleva et se plaça perpendiculairement dans le bassin. Alors les ligaments ronds se tendirent et attirèrent l'utérus en avant.

Déjà, en 1833, Mme Boivin prétendait que les ligaments ronds s'opposent à l'abaissement considérable de l'utérus et surtout à l'inclinaison en arrière.

Leur rôle est donc nettement démontré et c'est pourquoi tant de chirurgiens s'attaquèrent aux ligaments ronds pour corriger les rétrodéviations, à tel point que Dellé-Chiaje (1928) dit qu'il existe plus de 100 procédés de ligamentopexies.

a) *Voie inguinale.*

C'est cette voie qui fut la première mentionnée, puisque c'est en 1840 qu'Alquié, de Montpellier, présente à l'Académie de médecine son mémoire « Sur une nouvelle méthode pour traiter les déplacements de l'utérus ».

Mais ce n'est qu'en 1881 que pour la première fois Alexander, de Liverpool, fit cette opération, suivi par Adams (Glasgow, 1882). Dès lors, cette opération rentre dans la technique chirurgicale et est très employée pendant plusieurs années concurremment avec l'hystéropexie. Mais cette opération se révèle à l'usage insuffisante dans certains cas et, dès lors, est de moins en moins employée au profit de la voie abdominale. Cependant, en 1900, Villar, de Lyon, rénove l'Alquié-Alexander en lui adjoignant quelques perfectionnements en ce sens que :

1° Au lieu de deux incisions obliques, il n'en emploie plus qu'une seule, plus esthétique, reliant les deux orifices externes des canaux inguinaux;

2° Saisie et dissection des ligaments ronds;

3° Autoligature des ligaments ronds au-devant des muscles droits;

4° Fermeture solide et ne risquant pas de créer plus tard des hernies inguinales.

Depuis, Villar emploie ce procédé à sa grande satisfaction.

De son côté Dartigues (1920), reconnaissant que l'Alquié-Alexander est le plus anatomique des procédés employés, mais voyant que son application est relativement limitée, y apporte aussi sa modification en décrivant son procédé d' « Orthométrie par ligamentopexie intrapéritonéale ou inguino-prépubienne associée à la laparotomie sus-pubienne transverse. (*Presse médicale*, 1920.)

b) *Voie abdominale.*

Ici, il y a plusieurs grands procédés :

- 1° Plicature des ligaments ronds;
- 2° Ligamentopexie rétro-utérine de Dartigues;
- 3° Fixation à la paroi;
- 4° Inclusion pariétale.

1° *Plicature des ligaments ronds.* — Deux méthodes :

α. Plicature simple des ligaments ronds à leur partie moyenne (Ruggi, Wylie, 1886; Mann, 1895).

β. Plicature des ligaments ronds à leur partie initiale avec suture à l'utérus au niveau de ses cornes ou de sa face antérieure (Bode, 1888; Polk, 1889; Dudley, Baudouin, 1890).

2° *Ligamentopexie rétro-utérine.* — C'est en 1906 que Dartigues décrit ce procédé, bien qu'il reconnaisse la valeur de l'Alquié-Alexander; mais celui-ci ne convient pas, d'après lui, à tous les cas. (*Presse médicale*, 1906.)

3° *Fixation à la paroi.* — Doléris, qui avait, en 1886, reconnu, sans prendre parti pour telle ou telle technique opératoire, que l'intervention était justifiée dans les rétrodéviations, décrit, en 1894, un procédé de fixation des ronds à la partie inférieure de l'incision abdominale, mais cette fixation à la paroi, bien que suivie par plusieurs auteurs, ne vit pas longtemps, et dès 1900, Doléris décrit son nouveau procédé qui, à part quelques légères modifications techniques, est celui encore employé aujourd'hui et décrit dans tous les traités de gynécologie.

4° *Inclusion pariétale des ligaments ronds.* — C'est là le principe de l'opération type Doléris qui, malgré des modifications apportées par certains auteurs et les reproches faits par d'autres, est encore l'opération de beaucoup la plus employée, la véritable opération omnibus convenant à tous les cas.

Sa technique, décrite en 1900 par Doléris, fut légèrement modifiée ensuite, et en 1912 Gosset décrivait la technique définitive, celle qui est couramment employée chaque jour.

Cependant, certains auteurs, trouvant que cette technique avait des inconvénients, proposent des opérations sur le même principe, mais différentes par quelques points techniques. C'est ainsi qu'Aubert (Genève, 1920), Polosson (Lyon), plutôt que de lier les ligaments ronds au-dessus de l'aponévrose, viennent fixer chacun de ces ligaments à ladite aponévrose; que Petit-Dutaillis (1925) sectionne le ligament rond à 8 centimètres de son insertion utérine, au lieu de l'attirer en entier; que Dellé Chiajé (1928) sectionne le ligament rond à son entrée dans le canal inguinal, l'isole et vient le fixer à l'aponévrose des droits; et d'autres procédés encore qui modifient plus ou moins légèrement cette technique, puisqu'en 1928 Dellé Chiajé dit connaître plus de 100 procédés de ligamentopexies.

Enfin, Villard et Labry (de Lyon) décrivent un procédé (1930) dérivé du procédé extra-péritonéal des ligaments ronds qu'ils employaient depuis 1900 et qui a sur celui-ci l'avantage d'avoir des indications plus grandes, parce qu'il joint à la valeur anatomique l'avantage de voir les lésions.

Mais ce procédé, encore peu connu, et dont une thèse de Lyon (Paramelle, Lyon, 1928) fit connaître la technique, n'a pas encore, semble-t-il, fait ses preuves par suite du manque de temps et d'applications, et le procédé de Doléris est encore de loin, et pour de nombreuses années, semble-t-il, le traitement qui convient aux rétrodéviations.

ETUDE CRITIQUE

I. — Procédés non sanglants.

PESSAIRES.

Les pessaires, qui furent employés si longtemps, ne sont pas un bon moyen de guérison à eux seuls; parce que, tout d'abord, ils ne peuvent être employés que contre des déviations tout à fait mobiles et parce que leur technique de mise en place est tout à fait délicate.

D'après Schultze, il faut dix ans de gynécologie pour savoir bien mettre un pessaire. Enfin, ils ont de gros inconvénients.

Ils sont gênants, demandent une surveillance très attentive, une grande propreté et enfin ils amènent toutes sortes de complications. Outre que certains, comme les pessaires intra-utérins, doivent être enlevés pendant les périodes menstruelles, qu'ils gênent le coït et la fécondation, l'on cite beaucoup de troubles graves amenés par les pessaires : phlegmon du ligament large, abcès de la fosse iliaque, ulcération du col, pelvipéritonites, fistules vésico-vaginales, gangrène par compression, et même, dans un cas de Kaltenbach, un carcinome du vagin s'est développé au point où la partie antérieure du pessaire comprimant le vagin contre la branche descendante du pubis. De plus, les contre-indications à leur mise en place sont nombreuses. Il faut un utérus non douloureux, sans ulcération du col, des culs-de-sacs libres, pas d'inflammation péri-utérine, pas d'adhérences.

Aussi, semble-t-il que l'on puisse, d'accord avec le plus grand nombre des chirurgiens, rejeter à peu près complètement cette thérapeutique et ne la conserver en quelque sorte que comme pis-aller palliatif, chez les femmes inopérables.

Considérations générales.

Une opération n'approche du but réel de la chirurgie que lorsque, remédiant à une lésion, elle rétablit, autant que possible, l'anatomie intégrale. De plus, il semble, avec Dellé Chiajé, que le traitement des rétrodéviations doive avoir pour but :

- 1° De remettre l'utérus en nouvelle attitude sans en altérer les rapports avec les organes voisins et l'axe du bassin;
- 2° De ne pas modifier la disposition anatomique des ligaments;
- 3° De conserver à l'utérus sa mobilité physiologique.

Ce sont là points auxquels doivent répondre les opérations. Mais, en plus, une grosse question qui se pose est ici celle de la grossesse, et de l'action de l'opération sur la grossesse, et de la grossesse sur les suites opératoires. C'est donc sur ces points que portera l'étude critique faite à propos de chacun des procédés.

Mais il est un point qui est, semble-t-il, communément résolu par toutes les opérations : c'est celui de la stérilité due aux rétrodéviations, et nous allons tout de suite étudier ce point de vue particulier.

Pathogénie de la stérilité.

Il ne faut pas croire que la stérilité n'a comme cause que la rétrodévation, mais il est certain que souvent la rétrodévation se trouve être cause de stérilité.

Que ce soit par mauvaise position du col qui empêche le sperme d'arriver à son niveau, que ce soit par obturation du col qui appuie sur le vagin, que ce soit par sténose au niveau de l'isthme par suite de la coudure, peu importe, mais ce

qui est intéressant, c'est de voir que souvent le traitement de cette rétrodéviatiou par n'importe quel procédé amène la grossesse. Ainsi Hayd (1904) cite 12 observations de stérilité avec rétrodéviatiou qui furent traitées par l'Alquié-Alexander, et toutes suivies de grossesse dont 3 biparités et 1 triparité; on pourrait citer d'ailleurs de pareils résultats à l'actif de toutes les opérations qui réduisent la rétrodéviatiou. Donc, succès complet quant au traitement de la stérilité due aux rétrodéviations.

Enfin, un travail récent de M. le Professeur Guyot et du docteur Couriades, qui doit paraître prochainement dans *Bordeaux chirurgical*, relate 31 observations de femmes mariées depuis un laps de temps variant entre deux et douze ans et qui sont devenues enceintes après un Doléris.

Nous-même, dans les observations III et XX, arrivons à cette conclusion.

II. — Procédés sanglants.

A. — HYSTÉROPEXIE.

Si, au début, cette opération parut magnifique, bien vite les chirurgiens déchantèrent et les observations plus ou moins désastreuses se multiplièrent.

Procédés délicats et peu anatomiques, car ils ne remettent pas l'utérus dans ses rapports normaux. De plus, en cas de grossesse, que se passe-t-il quant aux adhérences ?

Perrichon (1888-1889) étudie déjà la question et prévoit trois cas :

1° Les adhérences laissent l'utérus se développer : grossesse normale, mais il est probable que la déviation se reproduira.

2° Les adhérences s'étirent, se rupturent et la déviation se reproduit.

3° Les adhérences résistent, la paroi fixée ne peut se développer, l'amplication utérine se fait aux dépens des autres

faces, dont l'épaisseur diminue en conséquence et on risque la rupture utérine, ce qui s'est d'ailleurs produit plusieurs fois.

En 1920, Duvergey, de Bordeaux, commentant 4 observations de suites désastreuses d'hystéropexie concluait que cette opération avait comme effets, au point de vue grossesse :

1° Gêne dans le développement de l'utérus, d'où avortements répétés et même présentations vicieuses;

2° La position de l'utérus amène les annexes à tomber dans le Douglas, d'où angle des trompes au voisinage des cornes utérines, d'où possibilité plus grande de grossesse tubaire;

3° Mauvaise dilatation et inertie utérine;

4° Douleur au niveau des adhérences, vomissements incoercibles.

* * *

D'autres auteurs avaient, eux aussi, des statistiques désastreuses à ce point de vue :

Laroyenne, 60 hystéropexies, 3 grossesses dont 1 à terme.

Milander, 165 grossesses après hystéropexie, 17 fausses couches, 6 prématurées, 60 cas de dystocie, 8 forceps, 5 versions, 3 césariennes, 3 morts.

Laphton Smith, 2.500 cas, 148 grossesses; dans 30 p. 100 de celles-ci, douleurs, avortements ou accouchements difficiles ayant réclamé intervention.

En 1904, Pinard et Oui avaient formellement condamné ce procédé chez les femmes en activité génitale et la prudence consiste à suivre l'avis de ces auteurs et à rejeter formellement cette opération.

B. — LIGAMENTS LARGES.

Anatomiquement, c'est une mauvaise opération, car les ligaments larges n'ont jamais servi au soutien de l'utérus et de plus il doit y avoir ainsi une modification assez notable de l'anatomie de cette région; enfin, il est probable qu'au point

de vue de la grossesse, celle-ci doit être gênée par ce raccourcissement des ligaments larges, qui ne sont pas si extensibles que les ronds.

C. — LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS.

C'est évidemment une opération assez anatomique dans les cas peu nombreux où on l'emploie, mais guérir une rétro-déviation en agissant sur les utéro-sacrés, cela semble bien difficile. Quant à la grossesse, il ne semble pas *a priori* qu'elle puisse être beaucoup gênée dans son évolution. Mais, nous le répétons, c'est là une opération qui ne peut être considérée que comme complémentaire dans le traitement des rétro-déviation.

D. — LIGAMENTS RONDS.

Agir sur les ligaments ronds est *a priori* très logique, puisque, d'après l'expérience de Spiegelberg, ceux-ci soutiennent l'utérus et l'empêchent de tomber en arrière. C'est pourquoi tant de procédés opératoires s'attaquent à ces ligaments.

Il semble cependant que la pratique de tous ces procédés ait montré que tous n'ont pas une valeur égale et que les procédés de plicature des ligaments ronds ou de ligamentopexie rétro-utérine soient inférieurs, quant à leurs résultats, aux procédés d'Alquié-Alexander, de Doléris ou de ses modifications, de Dartigues et de Villard, et il est probable qu'en restreignant la discussion à ces procédés, on puisse arriver à une solution tout à fait satisfaisante du problème.

ALQUIÉ-ALEXANDER. — ADAMS.

Nous avons déjà rapporté les observations de Hayd (1904) sur les résultats de cette opération quant à la stérilité; Hayd déclare d'ailleurs avoir suivi ces malades et dit que les accouchements se passèrent normalement et que ces malades revues ensuite avaient un utérus en bonne position.

Donc, bon résultat.

Au point de vue anatomique, il est aussi une bonne opéra-

tion, quoique certains lui aient reproché de risquer de créer des hernies par l'orifice du canal inguinal, mais c'est là une question de réfection de paroi.

Voici les gros inconvénients de cette opération :

- 1° C'est une méthode aveugle, ne permettant pas de traiter les lésions et par conséquent limitant tout à fait son emploi;
- 2° Elle ne permet pas l'appendicectomie.

Cependant, malgré ces inconvénients, c'est, ainsi que l'a dit Dartigues en 1920, une opération permanente et qui aura toujours son application. D'ailleurs, cette opération a été heureusement modifiée par Villard en 1900 et Dartigues en 1904.

L'opération proposée par Dartigues en 1920, si elle est assez anatomique, semble, en revanche, relativement compliquée, joignant à l'ouverture du péritoine une dissection des deux orifices externes des canaux inguinaux pour y découvrir les ligaments ronds; aussi semble-t-il qu'elle n'ait pas acquis une grande faveur et notoriété auprès des chirurgiens.

En revanche, restriction faite évidemment des conditions relativement restreintes où elle peut se pratiquer, il semble que l'opération proposée par Villard sous le nom de procédé « extrapéritonéal d'autoligature des ligaments ronds » ait une valeur plus grande.

En effet, dans les cas où elle peut s'appliquer, elle permet, avec une incision relativement minime et fort esthétique, de saisir les ligaments ronds, de remettre et de bien maintenir l'utérus en place de façon fort convenable anatomiquement. Enfin, c'est une opération peu difficile et qui ne risque pas de créer des hernies par suite de déficience de la paroi. Evidemment, on peut lui reprocher de ne pas permettre l'appendicectomie et on peut objecter qu'il n'est pas toujours possible de trouver les ligaments ronds, mais, en allant chercher, ainsi que le dit son auteur, le peloton graisseux d'Imbach, il est tout à fait rare qu'on ne le trouve pas, et enfin, dans ce cas comme dans celui où il se présenterait des adhérences

non décelées par l'examen clinique, on est toujours à temps en utilisant la même incision et en faisant un Pfannestiel bas pour transformer l'opération en intervention intrapéritonéale.

Procédés par voie abdominale.

Nous croyons tout d'abord que l'on puisse éliminer sans grande discussion tous les procédés, nombreux cependant, de plicature des ligaments ronds. Leur cause est depuis longtemps jugée et bien jugée.

Quant au procédé de Dartigues de ligamentopexie rétro-utérine, celui-ci paraît un procédé relativement compliqué et qui n'aurait lieu d'être adopté que lorsque l'on se trouverait en face de l'impossibilité opératoire de pratiquer un Doléris.

Le procédé de Villard et Labry pêche surtout en ce sens que, alors qu'il existe un procédé simple et permettant de voir très clair sur le champ opératoire, ce procédé, lui, va compliquer la situation en obligeant le chirurgien à faire, après ouverture de la paroi abdominale, une dissection assez minutieuse des ligaments ronds, tant à leur insertion pariétale que pendant le parcours, alors que par le Doléris il n'y a qu'à les saisir pour de suite s'en servir. Aussi, croyons-nous qu'il faille lui aussi le laisser prendre, derrière le Doléris et ses variantes, la place qu'il mérite.

Et nous en arrivons enfin au Doléris et aux techniques légèrement modifiées qui ont été proposées par divers auteurs, parmi lesquels on peut citer : Aubert, de Genève; Polosson, de Lyon, et Dellé-Chiajé. Ce ne sont là, en somme, que petits détails de technique inventés par leurs auteurs, détails qui ne semblent pas avoir grande valeur tant au point de vue anatomique qu'au point de vue résultats et qui ne servent, en somme, qu'à compliquer l'opération et surtout à l'allonger au préjudice possible de la patiente.

Il ne nous reste plus, en somme, qu'à donner ici une sorte

de résumé des qualités qui font la valeur du Doléris, et aussi, pour être juste, des inconvénients qu'il peut avoir.

Le Doléris est une opération peu choquante pour la malade, à cause de sa simplicité technique et de sa brièveté qui en découle. Elle permet d'avoir un jour large sur les lésions concomitantes de la rétrodéviation et de les traiter, ainsi que l'appendice qui est fort souvent malade, ce qui allonge peu l'opération.

Cette opération permet, avec une bonne réfection de la paroi, d'obtenir une bonne réduction de la rétrodéviation, réduction solide, stable, et qui tient, même après la grossesse, laquelle n'est aucunement influencée dans son évolution par l'intervention.

Certains auteurs font évidemment des restrictions quant à la valeur de l'opération et aux résultats obtenus.

D'aucuns disent que l'utérus est ainsi placé en antéflexion manifestement trop prononcée; d'autres, que, par suite de la traction faite sur les ligaments ronds, les rapports de l'utérus sont modifiés, et qu'il se forme au-devant de cet organe un hiatus limité, en arrière, par le corps utérin, en avant, par la paroi abdominale, sur les côtés, par les ligaments ronds, hiatus dans lequel des anses intestinales pourraient s'agglomérer et causer des phénomènes d'occlusion intestinale.

D'autres auteurs, enfin, relatent des observations où la trompe, attirée avec le ligament rond par l'intermédiaire d'un mésosalpinx un peu court, dans le canal musculo-aponévrotique créé, aurait amené de graves accidents postérieurs (gêne à la fécondation, étranglement d'un pyosalpinx survenu après l'opération, abcès de la paroi). A cela, on peut répondre qu'en faisant un peu attention en attirant le ligament rond, on ne risque pas, même avec des mésosalpinx particulièrement courts, d'avoir à craindre ces accidents et peut-être aussi doit-on reconnaître avec M. Aron, cité par Palevsky : « Depuis la publication du procédé de Doléris, je l'emploie de préférence à tout autre, et je ne lui ai jamais reconnu un inconvénient. Je sais bien qu'on lui en a trouvé,

mais j'aurais bien voulu voir de près ces cas, et peut-être les opérations. »

D'ailleurs, à ce point de vue, toutes les statistiques faites sont particulièrement édifiantes; c'est ainsi que Eparvier et Michon citent 43 cas, tous bons résultats. Figuiera, colligeant les observations de nombreux chirurgiens, recueille 1.120 cas. Sur 395 cas suivis après l'opération, il relève 322 succès complets, 60 échecs incomplets, 13 échecs complets.

Quant aux complications, qui peuvent survenir du fait de l'opération, elles sont fort minimales et à ce sujet nous nous en reporterons aux observations prises dans le service de M. le professeur Guyot à l'Hôpital André-Boursier, à Bordeaux.

Pendant les années 1929, 1930, 1931 et le début de 1932, 46 interventions, soit pour rétroversion simple, soit pour rétroversion avec prolapsus, le Doleris étant alors un temps complémentaire mais nécessaire de la cure radicale de ces prolapsus; sur ces 46 interventions, pas un insuccès complet, tout au plus quelques petites déficiences périnéales contre lesquelles il est difficile de lutter. Toujours, sauf 3 fois, le Doléris a pu être pratiqué; dans les 3 cas où il n'a pu l'être, à cause de la brièveté ou de la faiblesse des ligaments ronds, une ligamentopexie antérieure fut pratiquée.

Les résultats postopératoires furent toujours bons quant au résultat visé; il y eut quelques incidents postopératoires, mais cela arrive à tous les chirurgiens, pour toutes les maladies et dans des conditions qu'il est toujours très difficile de prévoir; les incidents traités guérissent tous très bien.

Plusieurs des malades traitées revinrent faire constater leur état, qui fut toujours bon; enfin, plusieurs de ces malades devinrent enceintes après l'opération. Ceci joint à la statistique publiée dans l'article de M. le Professeur Guyot et du docteur Couriades constitue, évidemment, un résultat tangible, appréciable, encourageant. Toutes ces malades eurent une grossesse normale, évoluant normalement, et le Professeur Andérodias déclare que la grande majorité des malades

qui ont accouché dans son service après avoir subi un Doléris ont eu un accouchement normal. Seule, l'observation XXXI relate un cas d'échec incomplet, en ce sens qu'il fallut réintervenir trois fois chez la malade et que celle-ci fit deux grossesses se terminant par un avortement. Après la troisième fois, la grossesse suivit son cours normal et la rétrodéviatiou ne se reproduisit plus.

La récidiue est très rare après le Doléris et cela se vérifie tant par l'examen des malades qui reviennent consulter après l'opération que par les constatations faites par les chirurgiens qui réinterviennent pour tout autre motif sur des malades ayant subi un Doléris, et à ce sujet Pellanda, Eparvier, et Michon, Hayd et le Professeur Guyot lui-même ont pu constater *de visu* les bons résultats du Doléris.

Indications opératoires.

Il faut tout d'abord se rappeler que les rétrodéviations utérines ne sont point toutes arrivées au même degré, ni qu'elles se montrent toutes à la même époque de la vie génitale de la femme.

Doléris classe ainsi la rétrodéviatiou :

1° Rétrodéviations mobiles;

2° Rétrodéviations adhérentes :

Réductibles;

Irréductibles;

3° Rétrodéviations complexes (premier pas du prolapsus génital).

Tous ces cas relèvent de la ligamentopexie de Doléris, plus ou moins compliquée suivant les circonstances, suivant qu'il y a ou non des adhérences ou autres lésions compliquant la tâche.

Lorsque le Doléris ne peut pas être pratiqué, soit par suite

de déficience des ligaments ronds, soit parce qu'ils sont trop courts, soit même lorsqu'ils ne forment qu'un simple repli péritonéal, on pourra alors pratiquer soit la ligamentopexie antérieure telle qu'elle est pratiquée en pareil cas dans le service de M. le Professeur Guyot, soit même, s'il s'agit d'une femme âgée et hors de période génitale, une hystéropexie.

OBSERVATIONS

Les 46 observations qui suivent sont toutes dues à l'obligeance de M. le Professeur Guyot et proviennent de son service de gynécologie à l'Hôpital André-Boursier.

Sur ces 46 malades, presque toutes sont revenues, plusieurs simplement pour faire constater leur état, d'autres pour grossesses qui ont commencé après l'opération (observations I, III, VII, IX, XX, XXVII, XXXI). Toutes ces grossesses n'étaient nullement gênées dans leur évolution par l'opération pratiquée.

OBSERVATION I.

A... (G.), 21 ans, cultivatrice, entre le 18 février 1929, parce qu'elle souffre du bas-ventre depuis son accouchement (trois ans et demi). Sensation de pesanteur dans le bas ventre avec irradiations dans la région lombaire. En même temps, pertes jaunâtres abondantes et fétides. Examen 20 février 1929. Col gros. Corps porté à gauche et en rétroversion prononcée. A droite, gros ovaire kystique.

Opération le 27 février 1929 (docteur Villar) : Anesthésie Schleich. Durée, 35 minutes. Durée de l'opération, 28 minutes. Doléris. Appendicectomie; ovariectomie droite. Bonnes suites opératoires.

Sort guérie le 26 mars 1929.

Malade revue le 6 septembre 1929. Bonne cicatrice. Bonne paroi. Règles normales. Col normal. Utérus en bonne position.

Le 23 décembre 1929, grossesse normale de 2 mois et demi.

OBSERVATION II.

M... (F.), 30 ans, domestique, entre le 28 septembre 1929 pour douleurs du bas-ventre survenant par crises et irradiant dans la région lombaire; pertes de sang entre les règles depuis le mois de mai. Examen le 4 novembre 1929 : gros utérus rétrofléchi abaissé avec léger point appendiculaire; annexes saines.

Opération 18 novembre 1929 (Professeur Guyot); anesthésie éther, Ombrédanne, 32 minutes, opération, 24 minutes. Doléris, appendicectomie. Bonne opération. Bonnes suites opératoires.

Sort guérie le 13 décembre 1929.

Malade revue le 4 mars 1930. Bon état général et local; utérus en antéflexion. Rien aux annexes.

OBSERVATION III.

M... (C.), 29 ans, entre le 15 mai 1929, parce qu'elle a des pertes blanches et des douleurs du bas-ventre à irradiation lombaire depuis trois ans, parfois crises paroxystiques. Examen : utérus gros, rétrofléchi, abaissé.

Intervention (docteur Villar), le 24 mai 1929. Anesthésie Schleich, 30 minutes, opération, 25 minutes. Appendicectomie, Doléris. Bonne opération. Bonnes suites opératoires.

Sort guérie le 16 juin 1929.

Malade revue le 25 novembre 1929. Grossesse de 3 mois. Bon état local et général.

OBSERVATION IV.

E... (D.), 28 ans, institutrice, entrée le 21 mars pour douleurs lombaires et métrorragies depuis deux mois. Examen le 21 mars 1929. Gros utérus mou, en rétroversion, annexes droites basculées ayant suivi l'utérus.

Opération le 22 avril 1929 par le Professeur Guyot. Durée opéra-

toire, 14 minutes. Anesthésie au Schleich; 30 minutes. Appendicectomie. Doléris. Bonne opération. Bonnes suites opératoires.

Sort le 5 mai 1929, guérie.

Malade revue le 17 septembre 1929. Se trouve en très bon état général. Ne souffre plus. Résultat opératoire bon. Pas de douleur annexielle.

OBSERVATION V.

C... (B.), 29 ans, femme de chambre, entrée pour douleurs dans le bas-ventre le 23 octobre 1928. Examen : utérus en rétroflexion, annexite gauche.

Intervention le 13 octobre 1928 par le Professeur Guyot : Rétroversion prononcée. Doléris. Bonne anesthésie. Suites opératoires : Douleur dans le mollet gauche le 28 novembre; 29 novembre, phlébite gauche traitée; 13 décembre, douleur dans le mollet droit, phlébite droite : ces deux phlébites traitées guérissent et le 29 mars 1929, la malade sort guérie.

OBSERVATION VI.

M... (C.), 25 ans, cultivatrice, entre le 13 décembre 1929 pour métrorragies et pertes blanches abondantes à la suite d'un avortement survenu en janvier 1929. Examen le 13 décembre 1929. Utérus gros en rétroposition, peu mobile, douloureux.

Opération le 10 janvier 1930 par le Professeur Guyot. Anesthésie éther, 30 minutes. Opération, 28 minutes : rétroversion utérine très prononcée avec ovaire kystique gauche. Cautérisation de l'ovaire; Doléris. Bonnes suites opératoires.

Sort guérie le 31 janvier 1930.

OBSERVATION VII.

O... (C.), 23 ans, entre le 16 octobre pour douleurs intermittentes du côté droit du ventre depuis six mois environ à la suite d'un avortement. Examen : Annexite droite, utérus en rétroflexion.

Opération le 15 décembre 1929. Appendicectomie. Doléris. Suites opératoires normales.

Sort guérie le 14 novembre 1929.

Malade revue le 14 décembre 1929. Col très mou. Utérus en bonne position, mais un peu gros. Semble être enceinte (P)

19 février 1930, grossesse confirmée de 3 mois et demi environ.

OBSERVATION VIII.

B... (G.), 26 ans, entre, le 4 novembre 1929, pour crises douloureuses du bas-ventre et fosse iliaque droite et règles irrégulières survenues depuis sa deuxième grossesse il y a deux ans. Examen le 4 novembre 1929 : Utérus un peu gros, rétrofléchi.

Opération par le docteur Villar le 12 novembre 1929. Durée, 27 minutes. Doléris : appendicectomie. Doléris un peu délicat, car les ligaments ronds sont minces et courts; cependant on arrive à faire une opération très correcte. Suites opératoires normales.

Sort guérie le 10 décembre 1929.

Malade revue le 19 mars 1930. Malade en bon état général. Col en bonne position à bout de doigt; corps utérin un peu gros en antéflexion. Pas de douleurs. Règles revenues et normales.

OBSERVATION IX.

G... (F.), 28 ans, mécanicienne, entre le 13 avril 1929, parce qu'elle souffre depuis son premier accouchement (1927) du bas-ventre, par crises qui se reproduisent fréquemment et durent une ou deux heures. Depuis un an, après une fausse couche, ces douleurs ont augmenté en durée et en intensité. De plus, pertes de sang entre les règles et hydrorrhée, règles irrégulières, à tel point que la malade ne reconnaît plus ses règles. Examen le 20 avril 1929 : utérus en rétroflexion très prononcée. Annexes gauches sensibles, léger point appendiculaire.

Intervention (docteur Villar), le 26 avril 1929. Anesthésie au

Schleich, 40 minutes. Opération, 30 minutes. Appendicectomie. Doléris. Bonne opération. Suites opératoires normales.

La malade sort guérie le 28 mai 1929.

Malade revue le 14 février 1930. Col mou, utérus gros, fixé derrière la paroi, remonté jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Grossesse 3 mois 1/2.

7 avril 1930. Sa grossesse évolue normalement.

OBSERVATION X.

C... (L.), 26 ans, ménagère, entre le 2 janvier 1929 pour douleurs dans le bas-ventre et pertes rouges très abondantes. Douleurs survenues depuis six ans après un accouchement difficile, intermittentes, s'irradiant dans tout le bas-ventre. Pertes rouges depuis deux mois dans l'intervalle des règles pendant deux ou trois jours (ménorragies). Examen : Rétroversion douloureuse et légère annexite gauche.

Opération, 5 février 1929 (docteur Villar). Anesthésie Schleich, 30 minutes. Opération, 25 minutes. Doléris. Appendicectomie. Suites opératoires normales.

Sort guérie le 7 mars 1929.

Malade revue le 13 mai 1929. Bronchite il y a un mois. Eventration légère. Utérus petit en bonne position.

17 février 1930 : N'a pas eu ses règles depuis trois mois.

OBSERVATION XI.

M... (D.), 31 ans, entre le 4 décembre 1929 pour ménorragies. Examen le 16 décembre 1929. Gros utérus rétrofléchi légèrement fixé.

Opération le 27 décembre 1929. Appendicectomie. Doléris. Bonne opération. Suites normales.

Sortie guérie le 20 janvier 1930.

Revue le 10 août 1930. Bon état local et général.

OBSERVATION XII.

L... (D.), 34 ans, domestique, entre le 10 novembre 1930 pour ménorragies avec douleurs du bas-ventre. Examen : gros utérus en rétroflexion, gros col métritique, léger prolapsus utérin.

Opération le 9 décembre 1930 (professeur Guyot). Anesthésie Schleich, 30 minutes. Opération, 20 minutes. Appendicectomie. Doléris. Suites opératoires normales. Sort guérie le 19 janvier 1931.

Malade revue le 30 mars 1931. Utérus fixé derrière la paroi; col un peu gros, béant.

OBSERVATION XIII.

V... (R.), 26 ans, journalière, entre le 19 août 1929 pour pertes de coloration rouge vermillon peu abondantes et continuelles depuis quatre mois, seulement le jour. Examen : Utérus petit, en rétroflexion très nette, avec adhérences dans le Douglas, douleurs à droite, point appendiculaire douloureux.

Déficience périnéale complète.

Opération le 27 août 1929. Doléris, appendicectomie, périnéorraphie.

Bonne opération. Bonnes suites.

La malade quitte le service le 21 septembre 1929, en très bon état.

Malade revue le 4 mai 1930 : Utérus en bonne position. Légère annexite droite.

OBSERVATION XIV.

L... (S.), 29 ans, couturière, entre le 20 juin 1929 pour douleurs du bas-ventre ayant débuté il y a quatre ans avec dysménorrhée et leucorrhée. Examen le 22 juin 1929 : Col mou, regardant en avant; utérus gros en rétroflexion, dur, en partie réductible, un peu douloureux.

Opération le 16 juillet 1929, par le docteur Villar : Anesthésie à

l'éther. Doléris. Appendicectomie. L'opération est bonne; bonnes suites opératoires.

Sort guérie le 10 août 1929.

Malade revue le 11 avril 1930; souffre un peu depuis l'opération, mais les règles sont moins douloureuses. Utérus en bonne position. Culs-de-sacs libres.

OBSERVATION XV.

M... (P.), 30 ans, ménagère, entre le 3 juin 1929 parce qu'elle souffre du bas-ventre et qu'elle a des hémorragies et des pertes blanches jaunâtres. Ces douleurs remontent à un accouchement survenu il y a neuf ans, et ont augmenté après un nouvel accouchement normal, survenu il y a trois ans. Les autres symptômes apparaissent à ce moment. Examen : Utérus rétroversé, douloureux. Annexes gauches sensibles. Point appendiculaire.

Intervention, 18 juin 1929, par le professeur Guyot. Anesthésie au Schleich, 30 minutes. Opération, 20 minutes. Appendicectomie. Doléris. Bonne opération. Suites opératoires, 10 juillet : membre inférieur droit douloureux; œdème malléolaire, phlébite qui suit son cours.

La malade sort guérie le 25 septembre 1929.

Malade revue le 26 janvier 1931. Petit utérus très mobile. Rien aux annexes.

16 novembre 1931 : Utérus en antéposition, mobile; mobilisation non douloureuse. Annexe gauche un peu douloureuse.

OBSERVATION XVI.

L... (D.), 37 ans, entre le 3 mai 1929 parce qu'elle souffre du ventre et qu'elle a un prolapsus utérin. Ces symptômes ont débuté à la suite d'un accouchement, en 1920. Pose d'un pessaire en 1924 qui la calme quelque temps, mais les douleurs reviennent bientôt. Examen, 4 mai 1929. Cystocèle et rectocèle nettes. Utérus en antéflexion ne paraissant pas gros, pas douloureux. Périnée déficient. Vulve béante. Col abaissé. Sensibilité appendiculaire.

Opération (Professeur Guyot), le 14 mai 1929. Anesthésie au Schleich, 53 minutes. Colpopérinéorrhaphie, 28 minutes. Doléris, 18 minutes. Bonne opération; suites normales.

La malade sort guérie le 13 juin 1929.

Malade revue le 13 juillet 1929 pour insuffisance ovarienne.

Le 18 novembre 1929 : Périnée en très bon état. Petit utérus infantile, règles peu abondantes (insuffisance ovarienne).

OBSERVATION XVII.

O... (P.), 36 ans, employée, entre le 1^{er} mars 1929 pour douleurs lombaires et abdominales qui, depuis cinq mois, augmentent sous l'influence de la fatigue et deviennent continuelles. Examen, 4 février 1929 : Utérus en rétroversion; légère cystocèle.

Opération le 12 mars 1929 (docteur Villar). Triple opération française. Durée des deux opérations, 20 minutes chacune. Anesthésie, une heure. Bonne opération. Bonnes suites opératoires.

Sort le 13 avril en très bon état.

Revue le 23 juin 1929. Utérus en bonne position. Périnée semble bien solide.

OBSERVATION XVIII.

E... (R.), 30 ans, entre le 4 juin 1929 parce qu'elle souffre du bas-ventre et qu'elle a de l'insuffisance de son sphincter anal, qui existerait depuis un accouchement difficile, il y a huit ans. Examen le 8 juin 1929. Déchéance périnéale, cloison recto-vaginale très amincie. Prolapsus avec utérus gros et en rétroversion complète.

Intervention le 11 juin 1929 (professeur Guyot). Anesthésie au Schleich, 60 minutes. Triple opération française. Doléris, 20 minutes. Colpopérinéorrhaphie, 20 minutes. Bonne opération. Suites opératoires normales.

La malade sort guérie le 16 juillet 1929.

Malade revue le 21 septembre 1929. Bon utérus. Périnée en bon état.

OBSERVATION XIX.

M... (S.), 31 ans, cultivatrice, entre le 6 novembre 1929 pour mé-norragies et douleurs menstruelles depuis six mois environ, s'ac-compagnant d'un fort amaigrissement (11 kilos). Deux accouche-ments normaux, suivis d'hémorragies. Examen, 13 mai 1929. Uté-rus complètement basculé en arrière dans la concavité sacrée; au-trement rien.

Opération (Professeur Guyot), 14 mai 1929. Anesthésie au Schleich, 30 minutes. Opération, 25 minutes. Doléris. Appendicec-tomie. Bonne opération. Suites opératoires normales.

Sort guérie le 16 juin 1929.

OBSERVATION XX.

G... (M.), 20 ans, ménagère. Entre le 15 février 1929, parce qu'elle a, depuis un an, des douleurs intermittentes du bas-ventre à l'oc-casion de fatigues, avec, il y a trois mois, une crise douloureuse abdominale violente. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre et de gêne vésicale. Pollakiurie. Examen, 18 février 1929. Périnée faible, léger degré de prolapsus. Col petit, regardant la paroi an-térieure du vagin, corps en rétroversion manifeste. Pas de douleur quand on tente de la réduire. Abondantes pertes blanches. Léger point appendiculaire.

Intervention le 22 février 1929. Doléris. Appendicectomie. Opéra-tion simple, facile. Suites opératoires très bonnes.

La malade, qui se trouve le 15 mars 1929 en parfait état, quitte l'hôpital.

Malade revue le 15 avril 1929. Bonne paroi. Utérus en bonne position. Légère insuffisance périnéale.

7 avril 1929 : Pertes blanches abondantes. Col très enflammé (spéculum) (NO³A⁹).

20 octobre 1929 : Grossesse de 3 mois. Bon état général.

10 janvier 1930 : Grossesse de 6 mois. Bon état local et général.

OBSERVATION XXI.

M... (N.), 34 ans, garde-barrière. Entre le 23 janvier 1929 pour prolapsus utérin qui la gêne énormément depuis neuf mois. Examen 25 janvier 1929. Périnée très déficient. Col abaissé à 2 centimètres de la vulve. Corps volumineux en rétroversion.

Opération le 1^{er} février 1929 (Docteur Villar). Anesthésie au Schleich, 1 heure. Doléris, 20 minutes. Périnéorraphie, 14 minutes. Bonne opération. Bonnes suites opératoires. La malade sort en très bon état le 24 février 1929.

Malade revue le 25 avril 1929. Bon périnée. Bon résultat opératoire.

OBSERVATION XXII.

M... (L.), 54 ans. Entre le 25 janvier 1929, pour prolapsus génital, apparu il y a dix ans et que la malade réduisait jusqu'à présent par des tamponnements vaginaux. Mais des douleurs seraient apparues depuis un an, douleurs continuelles s'irradiant vers les lombes, calmées par le repos. Beaucoup de pertes blanches. Pollakiurie diurne et nocturne. Examen 7 février 1929. Légère cystocèle. Rectocèle marquée. Rétroversion utérine très marquée.

Intervention 19 février 1929 (Professeur Guyot). Anesthésie au chloroforme. On trouve un utérus sénile qui amène à faire une hystéropexie isthmique. Doléris. Colpo-périnéorraphie. Bonne opération. Suites opératoires normales.

Bon état de la malade qui quitte l'hôpital guérie, le 14 mars 1929.

Malade revue le 27 juin 1929. Souffre quelquefois un peu des reins. Résultat opératoire satisfaisant.

OBSERVATION XXIII.

M... (E.), 32 ans, factrice, entre le 10 septembre 1930 pour douleurs du bas-ventre, surtout à droite et depuis plusieurs années. Depuis trois mois, augmentation des douleurs et sensation de

coliques; la malade perd alors du sang et ses règles deviennent irrégulières, à tel point qu'elle ne les reconnaît plus. Pertes blanches abondantes depuis plusieurs années. Examen : col gros sous la symphyse, corps gros en arrière, mobile, douloureux, se réduit facilement. (Rétroversion réductible.)

Opération le 28 novembre 1930 (Professeur Guyot), 30 minutes. Anesthésie éther Ombrédanne, 40 minutes. Doléris. Appendicectomie. Bonne opération. Suites opératoires normales.

Sort guérie le 20 décembre 1930.

Malade revue le 2 février 1931 en très bon état local et général.

OBSERVATION XXIV.

O... (D.), 33 ans, journalière, entre le 14 octobre 1930 pour métrorragies survenues depuis trois mois et pertes blanches fétides depuis un mois et demi. Examen 18 octobre 1930. Col scléreux mais ne donnant pas l'impression d'un néo (biopsie négative). Ne saigne pas. Gros corps en rétroversion.

Intervention le 28 octobre 1930 (docteur Villar). Anesthésie éther Ombrédanne, 35 minutes. Opération, 25 minutes. Doléris. Appendicectomie. Bonne opération. Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 18 novembre 1930.

Malade revue le 5 février 1931. Résultat opératoire très bon. Col toujours un peu dur. Quelques pertes journalières. Examen au spéculum. Col métritique.

OBSERVATION XXV.

C... (L.), 25 ans, cultivatrice, entre le 19 juin 1930, car elle perd du sang et souffre du bas-ventre depuis sa sortie de l'hôpital André-Boursier le 29 avril 1930, où elle avait subi un curettage pour avortement. Examen 21 juin 1930. Gros utérus en rétroversion non douloureuse.

Intervention 1^{er} juillet 1930 (Professeur Guyot). Anesthésie éther

Ombredanne, 37 minutes. Opération, 30 minutes. Doléris. Appendicectomie. Bonne opération. Bonnes suites opératoires.

La malade sort guérie le 23 juillet 1930.

Malade revue le 6 septembre 1930. Bon état local et général.

OBSERVATION XXVI.

A... (D.), 33 ans, cultivatrice, entre le 1^{er} décembre pour douleurs dans la fosse iliaque gauche, survenues depuis six mois et demi après un accouchement. Examen : Rétroversion manifeste et difficilement réductible.

Opération 5 décembre 1930 (Professeur Guyot). Anesthésie éther Ombredanne, 35 minutes. Opération, 25 minutes. Appendicectomie facile. Ligamentopexie antérieure. L'utérus est en rétroversion, mais les ligaments ronds sont nettement déficients, aussi on ne pratique pas le Doléris et on se borne à réunir l'un à l'autre, en les fixant par un point à la face antérieure de l'utérus, les deux ligaments ronds. L'utérus est ainsi soutenu en avant. Fermeture sans drainage. Suites opératoires : température, 38 degrés; pouls, 140 pendant deux jours; sous l'influence du traitement, tout rentre dans l'ordre (huile camphrée, sérum, digitaline).

Le 24 décembre, la malade sort de l'hôpital guérie.

OBSERVATION XXVII.

G...(J.), 21 ans, ménagère, entre le 25 janvier 1930 pour douleurs du bas-ventre remontant à 1928, après un accouchement normal, mais avec lever le jour même. Examen le 29 janvier 1930. Col utérin abaissé. Corps petit et en rétroversion manifeste.

Intervention 11 février 1930 (Professeur Guyot). Anesthésie éther Ombredanne, 40 minutes. Opération, 30 minutes. Doléris. Appendicectomie. Incision de Pfannestiel. Bonne opération. Bonnes suites opératoires. La malade sort guérie le 9 mars 1930.

Malade revue le 6 octobre 1930. Grossesse normale de 4 mois et demi.

9 décembre 1930. Grossesse de 7 mois environ, qui évolue normalement.

OBSERVATION XXVIII.

B... (L.), 24 ans, employée, entre le 30 janvier 1930 parce qu'elle souffre du bas-ventre depuis six ans, de douleurs sourdes s'irradiant vers les lombes. De plus, depuis six mois, elle a eu deux crises appendiculaires avec phénomènes généraux assez marqués; enfin, violentes céphalées depuis ce moment. Règles irrégulières, peu abondantes, douloureuses. Examen 6 février 1930. Utérus en rétroversion légèrement douloureuse. Annexes un peu douloureuses. Point appendiculaire.

Intervention 7 février 1930 (Professeur Guyot). Anesthésie éther Ombrédanne, 39 minutes. Opération, 31 minutes. Doléris. Appendicectomie. Bonne opération. Suites opératoires bonnes, sauf un peu de subictère pendant les deux premiers jours. La malade sort guérie le 2 mars 1930.

OBSERVATION XXIX.

L... (L.), 24 ans, entre le 3 avril 1930, pour douleurs de la fosse iliaque gauche et pertes jaunâtres, glaireuses, épaisses, tachant le linge, très abondantes. Examen le 8 avril 1930. Col petit, normal. Gros corps utérin rétrofléchi. On sent les annexes gauches qui sont sensibles.

Opération le 30 avril 1930 (docteur Mailhe). Anesthésie au Schleich, 55 minutes. Durée opération, 45 minutes. Doléris. Appendicectomie. Bonne opération. Bonnes suites opératoires.

Sort guérie le 29 mai 1930.

Malade revue le 3 septembre 1930. Bon résultat opératoire, quelques pertes jaunâtres. Col un peu gros. Métrite légère.

OBSERVATION XXX.

D..., 32 ans, entre le 7 mai 1930 pour rétroversion utérine. Elle souffrait depuis deux ans de « l'estomac » et se faisait soigner à l'hôpital pour une métrite. Examinée au point de vue génital, on

lui découvre une rétroversion manifeste avec légère annexite gauche. La réduction de cette rétroversion est très difficile et provoque de la douleur.

Opération le 16 mai 1930 (docteur Mailhe). Anesthésie au Schleich, 45 minutes. Durée opération, 35 minutes. Appendicectomie, Doléris. Bonne opération. Bonnes suites opératoires.

La malade, guérie, sort le 6 juin 1930.

OBSERVATION XXXI.

R... (V.), 21 ans, domestique, entre le 20 octobre 1930 parce que, il y a deux mois, au moment de ses règles, elle ressentit une douleur très vive dans sa fosse iliaque droite, sans irradiations; cette douleur persiste depuis, quoique beaucoup moins vive; quelques pertes blanches. A subi le 7 mai 1929 un curettage pour avortement de 2 mois et demi. Examen, 22 octobre 1930. Col regardant en avant. Utérus gros, mou, non douloureux, en rétroversion nette. Point annexiel gauche. Mobilisation utérine diminuée et douloureuse. Point appendiculaire légèrement douloureux.

Opération, 4 novembre 1930 (Professeur Guyot). Anesthésie au Schleich, 30 minutes. Durée de l'opération, 25 minutes. Doléris. Appendicectomie. Bonne opération. Suites normales.

La malade sort guérie le 7 décembre 1930.

Malade revue le 26 octobre 1931. Utérus en place normale. Mobilité normale. pas de lésions annexielles.

1^{er} août 1932 : Grossesse de 5 mois.

5 novembre 1932 : Grossesse de 8 mois qui évolue normalement.

OBSERVATION XXXII.

A... (B.), 30 ans, entre le 2 juin 1931 pour douleurs de la fosse iliaque droite et quelques pertes blanches. Examen : Rétroversion, avec syndrome douloureux du petit bassin.

Opération le 2 octobre 1931 (Professeur Cotte). Rachianesthésie. Doléris. Opération de Cotte.

Bonne opération. Suites opératoires très bonnes.

La malade sort guérie le 26 octobre 1931.

Malade revue le 9 janvier 1932. Douleurs abdominales persistant après l'opération de Cotte.

OBSERVATION XXXIII.

R... (B.), 27 ans, entre le 4 décembre 1931 pour règles douloureuses. Examen : Bon périnée. Rétroversion complète.

Opération le 8 décembre 1931 (Professeur Guyot). Anesthésie éther Ombrédanne, 33 minutes. Durée opératoire, 21 minutes. Bonne opération; suites opératoires bonnes.

La malade sort guérie le 26 décembre 1931.

Malade revue le 7 mars 1932. Bon état local et général.

OBSERVATION XXXIV.

E... (B.), 28 ans, ménagère, entre le 12 février 1931 pour douleurs dans le bas-ventre depuis cinq ans, avec pertes jaunâtres abondantes entre les règles. Examen : Col normal. Corps en rétroversion. Annexite droite légère.

Opération le 3 mars 1931 (Professeur Guyot). Anesthésie éther Ombrédanne, 30 minutes. Opération, 15 minutes. Doléris facile. Appendicectomie. Bonne opération. Suites opératoires normales.

La malade sort guérie le 31 mars 1931.

OBSERVATION XXXV.

M... (A.), 35 ans, chiffonnière, entre le 30 décembre 1930 pour douleurs du bas-ventre et pertes jaunâtres entre les règles. Examen : Rétroflexion complète.

Opération le 13 janvier 1931 (Professeur Guyot). Anesthésie au Schleich, 33 minutes. Durée de l'opération, 25 minutes. Doléris. Suites opératoires normales.

La malade sort guérie le 5 février 1931.

Malade revue le 7 mai 1931. Pertes blanches assez abondantes. Col métritique.

OBSERVATION XXXVI.

H... (D.), 28 ans, entre le 13 février 1931 pour douleurs du bas-ventre s'irradiant vers les reins et légères pertes de sang depuis le 20 novembre. Examen : Utérus rétroversé, très lobuleux, dur, très mobile.

Opération le 24 février 1931 (Docteur Villar). Anesthésie éther Ombrédanne, 25 minutes. Opération, 18 minutes. Appendicectomie. Doléris. Bonne opération. Suites opératoires normales.

La malade, guérie, sort le 17 mars 1931.

Malade revue le 24 juin 1931. Utérus en bonne position. La malade se trouve très bien.

OBSERVATION XXXVII.

C... (B.), 27 ans, sténo-dactylo, entre le 22 décembre 1930 pour hémorragies utérines survenant entre ses règles, depuis trois mois environ. Examen : point appendiculaire assez marqué. Col normal. Utérus en rétroversion nette.

Opération le 16 janvier 1931 (Professeur Guyot). Anesthésie à l'éther Ombrédanne, 27 minutes. Opération, 20 minutes. Appendicectomie. Doléris. Bonne opération, simple, facile. Bonnes suites opératoires.

La malade quitte le service, guérie, le 13 février 1931.

OBSERVATION XXXVIII.

M... (C.), 27 ans, modiste, entre le 2 décembre 1930 pour douleurs dans le bas-ventre et hémorragies survenues après ses dernières règles. Examen le 2 décembre 1930. Légère annexite droite. Léger point appendiculaire. Col normal. Corps utérin gros, douloureux, en rétroversion nette. (Traitement médical : glace.)

Opération le 2 janvier 1931 (docteur Villar). Anesthésie au Schleich, 35 minutes. Durée opératoire, 27 minutes. Doléris. Appendicectomie. Bonne opération. Bonnes suites opératoires.

La malade sort guérie le 25 janvier 1931.

OBSERVATION XXXIX.

H... (L.), 33 ans, ménagère, entre le 16 février 1931 parce qu'elle souffre de douleurs lancinantes de la fosse iliaque droite depuis deux ans, avec pertes blanches abondantes et règles douloureuses en janvier et février 1931. Examen le 19 février 1931. Utérus gros, antéfléchi, en latéroflexion droite, dur, douloureux. Cul-de-sac droit un peu empâté. Gros ovaire droit non douloureux. Point appendiculaire.

Opération le 3 mars 1931 (Professeur Guyot). Anesthésie éther Ombrédanne, 32 minutes. Durée opératoire, 26 minutes. Appendicectomie. Doléris. Incision de Pfannestiel. Bonne opération. Bonnes suites opératoires.

La malade sort guérie le 21 mars 1931.

Malade revue le 23 mai 1931. Légère métrite. Utérus en bonne position.

Le 29 juin 1931, métrite gonococcique.

OBSERVATION XL.

A... (A.), 34 ans, ménagère, entre le 23 janvier 1931 pour douleurs du bas-ventre s'irradiant vers les reins, et parce qu'elle a constaté qu'à la marche une grosseur lui apparaissait à la vulve, grosseur qui est apparue après son deuxième accouchement où elle avait eu une déchirure large du périnée qui avait été recousue (réparation qui n'avait pas tenu), il y a cinq ans. Elle portait depuis lors un pessaire qu'elle supportait assez bien, mais, il y a trois mois, douleurs de la fosse iliaque droite avec sensation de pesanteur douloureuse dans le bas-ventre. Examen : Abdomen volumineux, ptosique. Palpation douloureuse. Rectocèle. Col un

peu gros abaissé. Utérus abaissé, gros, légèrement douloureux, en rétroversion nette. Annexes droites un peu grosses et douloureuses.

Opération le 10 février 1931 (Professeur Guyot). Anesthésie au Schleich, 45 minutes. Doléris, 15 minutes. Périnéorrhaphie, 18 minutes. Bonne opération. Suites opératoires bonnes jusqu'au 25 février 1931, mais ce jour-là, membre inférieur gauche tendu, douloureux, un peu gros. Le 27 février 1931, phlébite gauche qui évolue normalement. Le 9 mars 1931, point de côté violent avec dyspnée marquée. Crachats hémoptoïques. Embolie pulmonaire. Ces phénomènes, traités énergiquement, guérissent lentement et, le 13 mai 1931, la malade, guérie, peut quitter l'hôpital.

Malade revue le 21 août 1931. La malade présente le soir un peu d'œdème malléolaire; résultat opératoire satisfaisant.

OBSERVATION XII.

M... (M.), 33 ans, entre, le 26 octobre 1931, pour douleurs dans le bas-ventre apparaissant au moment de ses règles, accompagnées de pertes abondantes, de caillots de sang; ces douleurs très fortes s'irradiaient vers les lombes. Examen : Col normal. Cul-de-sac gauche douloureux. Cul-de-sac postérieur comblé par le corps utérin qui est gros et en rétroversion prononcée.

Intervention le 6 novembre 1931 (Professeur Guyot). Anesthésie éther Ombrédanne, 35 minutes. Opération, 25 minutes. Doléris avec incision de Pfannestiel. Bonne opération. Suites opératoires normales.

La malade sort le 19 novembre 1931, malgré les conseils du Professeur Guyot.

OBSERVATION XIII.

II... (D.), 28 ans, domestique, entre, le 4 juin 1932, pour douleurs de la fosse iliaque gauche et pertes blanches très abondantes. Examen le 6 juin 1932 : Utérus volumineux, régulier,

douloureux à la palpation. Rétroversion irréductible. Annexite gauche.

Opération le 14 juin 1932 (docteur Traissac). Anesthésie éther Ombrédanne. Utérus rétroversé, ligaments ronds déficients. Ligamentopexie antérieure en réunissant l'un à l'autre les deux ligaments ronds en avant de l'utérus. Résection cunéiforme de l'ovaire gauche. Appendicectomie. Drainage du Douglas. Bonne opération. Suites opératoires normales. Le 17 juin 1932, ablation du drain.

La malade sort guérie de l'hôpital le 5 juillet 1932.

Malade revue le 10 septembre 1932. Malade en bon état local et général. Résultat opératoire satisfaisant.

OBSERVATION XLIII.

W..., 33 ans, entre le 30 décembre 1931 parce qu'elle souffre du bas-ventre, depuis deux mois, avec exacerbation depuis huit jours. Examen le 2 janvier 1932. Col normal, un peu rejeté en avant. Cul-de-sac postérieur empâté; on y sent le corps utérin et à côté l'annexe gauche. Cul-de-sac gauche empâté; cet empâtement se continue avec celui du Douglas.

Opération le 16 février 1932 (Professeur Guyot). Anesthésie éther Ombrédanne, 30 minutes. Opération, 20 minutes. Bonne opération. Suites normales jusqu'au 6 mars où elle fait une première poussée de pyélonéphrite qui cède en trois jours au traitement. Le 12 mars, nouvelle poussée de pyélonéphrite qui guérit en quatre jours. Le 12 avril 1932, la malade sort en excellent état de santé.

Malade revue le 21 mai 1932. A la suite de l'opération, elle a eu un peu de pyélonéphrite. Ne souffre plus. Ne souffre pas du bas-ventre. Rein gauche un peu sensible au palper. Culs-de-sac souples. Utérus derrière la paroi en antéversion. Fosses iliaques très souples, non douloureuses.

OBSERVATION XLIV.

M... (Th.), 34 ans, manutentionnaire, entre le 8 février 1932 parce qu'elle souffre du bas-ventre à l'occasion de fatigues. En plus, légère métrite depuis plusieurs années, après un avortement de un mois et demi. Depuis un an, les douleurs ont beaucoup augmenté et elle a de nouvelles poussées de métrite. Examen le 11 février 1932. Abdomen normal, souple, indolore. Légère cystocèle. Utérus gros et un peu douloureux. Grosse rétroflexion. Masse annexielle assez volumineuse, prolabée dans le Douglas.

Opération le 16 février 1932. Doléris. Appendicectomie (docteur Traissac). Anesthésie éther Ombrédanne, 58 minutes. Opération, 48 minutes. Bonne opération, bonnes suites opératoires.

La malade sort guérie le 13 mars 1932.

Malade revue le 14 avril 1932. Excellent résultat au point de vue utérus. Un peu de sensibilité annexielle gauche.

OBSERVATION XLV.

P... (Y.), 20 ans, tailleuse, entre le 9 mars 1932, pour douleurs du bas-ventre et pertes de sang. Il y a dix-huit mois, infection puerpérale. Curettage. Phlébite. Il y a trois mois, apparition de pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles, avec quelques pertes de sang. Examen le 10 mars 1932. Abdomen douloureux à gauche. Col petit, annexes sensibles mais non perceptibles. Utérus gros très douloureux, en grosse rétroversion. 18 mars 1932, après traitement médical, légère amélioration.

Opération le 12 avril 1932 (Professeur Guyot). Anesthésie éther Ombrédanne, 32 minutes. Durée opératoire, 21 minutes. Bonne opération. Bonnes suites opératoires.

La malade sort guérie le 14 mai 1932.

Malade revue le 6 juin 1932. Petite annexite droite, léger point douloureux à gauche sans lésions importantes.

OBSERVATION XLVI.

Y... (P.), 22 ans, serveuse, entre, le 22 mars 1932, parce que, depuis deux ans, à la suite d'un accouchement pénible avec déchirure périnéale, elle souffre du bas-ventre, douleur sourde avec irradiations vers les reins. Examen : cystocèle et rectocèle légères. Col normal. Utérus en antéflexion un peu abaissé.

Opération le 30 mars 1932 (docteur Traissac). Triple opération française. Bonne opération. Suites normales.

La malade sort guérie, le 24 avril 1932, de l'hôpital.

CONCLUSIONS

I. — Toute rétrodéviatiion s'accompagnant chez une femme de troubles fonctionnels est justiciable d'une intervention chirurgicale. Cette intervention doit, si possible, être précoce pour prévenir les complications, soit du côté utérin, soit du côté annexiel.

II. — Les ligamentopexies seront seules mises en œuvre. Le Doléris nous paraît être un des meilleurs procédés de ligamentopexie. Il sera préféré aux autres.

III. — Cependant, parfois, lorsqu'on se trouvera en face de ligaments trop courts ou trop faibles pour pouvoir pratiquer un Doléris, on pourra recourir chez une jeune femme à toute autre ligamentopexie ou à l'hystéropexie isthmique, et chez une femme ayant terminé sa vie génitale, l'opération imposée par les circonstances et les lésions sera la meilleure. Mais, ce ne sont là que cas d'exception.

IV. — Le Doléris ne gêne aucunement la parturition et le résultat opératoire n'est pas modifié par la grossesse.

V. — Il ressort de nos constatations qu'en cas de stérilité féminine, l'opération de Doléris constitue une excellente opération souvent suivie de grossesse dans l'année.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 novembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALJOVIN et OJÉDA. — Traitement chirurgical précoce dans les rétro-déviation compliquées de l'utérus. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 1926, p. 425.
- AUBERT. — Hystéropexie par amarrage des ligaments ronds à l'aponévrose. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 1920, p. 248.
- BAUMGARTNEN. — *Journal de chirurgie*, 1911, p. 142.
- BAUDOIN. — Hystéropexie abdominale antérieure dans les rétro-déviation utérines. Thèse Paris, 1889.
- BÉGOUIN. — *Journal de chirurgie*, Paris, 1923, p. 598.
— De l'hystéropexie abdominale. Thèse de Bordeaux, 1892.
- BLAN. — De la grossesse et du travail après hystéropexie abdominale antérieure. Thèse de Lyon, 1897.
- BONNEAU. — La ligamentopexie. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1928, p. 815.
— Eviter dans la ligamentopexie que la trompe accolée au ligament rond ne vienne s'inclure dans la paroi. *Paris chirurgical*, mars 1929.
- BROADHEAD. — Rupture utérine au cours d'un accouchement après hystéropexie. *American Journal of Obstetric*, New-York, juill. 1901.
- CARAVEN. — Salpingite purulente consécutive à la fixation intrapariétale des ligaments ronds. *Gynécologie et Obstétrique*, Paris, 1920, p. 424.
- CONDAMIN. — L'élévation de l'utérus. Son objectif thérapeutique sur les tractions douglassiennes. *Journal de médecine de Paris*, oct. 1929.

- CONDAMIN. — Etude sur l'antéflexion utérine. Pathogénie et traitement. *Lyon médical*, mars 1928.
- CONDAMIN et MOLIN. — De la section des ligaments utéro-sacrés en gynécologie. *Lyon médical*, juin 1929.
- COTTE et PEYCELON. — A propos de la technique de fixation ligamentaire de l'utérus suivant le procédé de Doléris. *Gynécologie et obstétrique*, Paris, 1926, p. 241.
- DAËLS. — Contribution à l'étude des techniques opératoires gynécologiques. L'opération d'Alquié-Alexander. *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, Bruxelles, 1912.
- DARTIGUES. — Nouveau procédé de raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds. *Presse médicale*, Paris, avril 1906.
- Orthométrie, ligamentopexie extrapéritonéale ou inguino-sus-pubienne associée à la laparotomie. *Presse médicale*, nov. 1920, p. 820.
- DELLÉ-CHIAJÉ. — Une nouvelle modification à la technique de la ligamentopexie dans le traitement chirurgical des rétro-déviation utérines. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, févr. 1928.
- DICKINSON. — Rupture utérine au cours d'un accouchement après hystéropexie. *New-York obstetrical Society*, 1901.
- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. — Art. « Pessaires », t. 23, p. 614.
- DOLÉRIS. — Traitement des rétro-déviation de l'utérus gravide. *La Gynécologie*, 1902, p. 385.
- De l'opération du raccourcissement des ligaments ronds dans le traitement des rétro-déviation utérines. *Nouvelles archives d'obstétrique*, 1886, p. 69, 158, 229.
- Laparotomie et raccourcissement des ligaments ronds dans un cas d'utérus gravide en rétroversion. *Bulletin médical*, 1901, p. 1095.
- DUMORET. — Thèse Paris, 1888-1889.
- DUPONT. — Résultats éloignés de l'hystéropexie isthmique. *Paris chirurgical*, 1924, p. 375.

- DUVERGER. — Des dangers éloignés de l'hystéropexie abdominale. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1920, p. 309.
- EPARVIER et MAICHON. — Des ligamentopexies dans leurs rapports avec la fécondation. *Lyon médical*, 1923, p. 213.
- GOSSET. — De la ligamentopexie par le procédé de Doléris. *Journal de chirurgie*, 1912, p. 685.
- GUYOT et COURIADÈS. — *Bordeaux chirurgical*, novembre 1932.
- HIVET. — Thèse Paris, 1900.
- JANIN. — De l'hystéropexie abdominale. Thèse Lyon, 1894.
- LAMORT. — De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétrical. Thèse Bordeaux, 1893.
- LANDRON. — Les procédés de Wily. Thèse Paris, 1900.
- LÉON. — Des résultats éloignés de l'hystéropexie abdominale au point de vue de la grossesse. Thèse Lyon, 1894.
- LUQUE. — Adaptation du raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds à l'incision de Pfannestiel. *Revue espagnole d'obstétrique et gynécologie*, mai 1923.
- MARION. — De l'oblitération du cul-de-sac de Douglas dans le traitement de certains prolapsus utérins. *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 10 juin 1909, p. 463.
- ORTODOXU. — Ligamentopexie et hystéropexie dans la rétrodéviation utérine. Thèse Paris, 1922.
- PELAVSKY. — Hystéropexie abdominale par le procédé de Doléris. Résultats éloignés. Thèse Paris, 1915.
- PELLANDA. — Un procédé d'hystéropexie ligamenteuse : le Doléris-Pfannestiel. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 1925, p. 40.
- PERRICHON. — Contribution à l'étude des traitements opératoires des rétrodéviations utérines. Thèse Paris, 1899.
- PETIT-DUTAILLIS. — Ligamentopexie abdominale avec un segment libéré des ligaments ronds. *La gynécologie*, Paris, 1925, p. 573.
- POZZI. — Traité de gynécologie. Paris, 1894, p. 504.
- PROUST. — Traité de gynécologie.

RACOVICEAU. — Des indications et des résultats opératoires dans les rétrodéviations chroniques de l'utérus. Thèse Paris, 1889.

ROUZAUD et SÉNÉCHAL. — Les hystéropexies. Une technique nouvelle, ses avantages, ses résultats. *Gazette des hôpitaux*, avril 1930, p. 629.

SAZERAC-DE FORGE. — Contribution à l'étude des ligamentopexies. Intérêt au point de vue obstétrical. Thèse Paris, 1927.

WEISS et HAMANT. — Dislocation utérine après hystéropexie. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, Paris, 1921, p. 69.

VILLARD et LABRY. — De la ligamentopexie par autoligature des ligaments ronds dans le traitement des rétrodéviations. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1930.

